

Service Enfance- Jeunesse- Affaires scolaires

Année scolaire 2019 – 2020

FICHE FAMILLE

ALSH Le Bonhomme de Neige (Mercredis et Vacances scolaires)

Accueils périscolaires (Matin / Soir / Pause méridienne / N.A.P)

Ecoles de la commune des Deux Alpes 2019-2020

Nouvelle inscription Renouvellement d'inscription

FAMILLE _____

NOM ET PRENOM DU (DES) ENFANT(S) du foyer :

1 :Né(e) le .../...../..... M F Classe : _____ non scolarisé
 2 :Né(e) le .../...../..... M F Classe : _____ non scolarisé
 3 :Né(e) le .../...../..... M F Classe : _____ non scolarisé
 4 :Né(e) le .../...../..... M F Classe : _____ non scolarisé

Responsables légaux du / des enfant(s) :

Qualité : <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____	Qualité : <input type="checkbox"/> Maman - <input type="checkbox"/> Papa - <input type="checkbox"/> Autre : _____ Nom : _____ Prénom : _____ Adresse (si différente du parent 1): _____
Portable : ____/____/____/____ Fixe: ____/____/____/____ Professionnel: ____/____/____/____ @Email : _____	Fixe: ____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____ Tel professionnel: ____/____/____/____ @Email : _____
Employeur: _____	Employeur: _____

Personnes à contacter en cas d'urgence et habilitées à récupérer mon(mes) enfant(s)

Personnes habilitées à récupérer mon(mes) enfant(s) et à être contactés en cas d'urgence

Nom	Prénom	Lien de parenté avec le / les enfant(s)	Téléphone 

Autorisations parentales - Accueils périscolaires 2019/2020

Enfant (s)

- 1 :Né(e) le / / M F **Classe :** _____
- 2 :Né(e) le / / M F **Classe :** _____
- 3 :Né(e) le / / M F **Classe :** _____
- 4 :Né(e) le / / M F **Classe :** _____

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	J'autorise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mon (mes) enfant(s) à participer à toutes les activités organisées au sein du / des accueil (s) concerné(s), (si non, veuillez garder votre (vos) enfant(s) à la maison ces jours-là).
		Le directeur ou responsable du service et/ou du/ des site(s) concerné(s) à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires en cas d'urgence vitale, à savoir : transfert pour hospitalisation, intervention du SAMU, intervention d'un médecin autre que le médecin traitant si celui-ci reste injoignable, et ce, dans le cas où je ne peux être présent (e) ou joignable immédiatement.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La commune des Deux Alpes à utiliser les photographies ou vidéos de mon (mes) enfant(s) dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletin et site municipal, « Facebook » de la Ville, presse, ...) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités la commune de toutes utilisations autres que municipales.

Uniquement pour les enfants du CP au CM2		
J'autorise mon /mes enfant(s) à <u>rentrer seul(s)</u> des services suivants :		
Nom et Prénom de l'enfant	Temps périscolaire "Soir"	Temps périscolaire "N.A.P"
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si : UNE AUTORISATION SPECIFIQUE est à remplir auprès de l'ALSH ou des Mairies annexe

Consultation du site Internet de la CAF

J'accepte Je n'accepte pas que la mairie des Deux Alpes accède à mon compte CAF

Numéro Allocataire à la CAF de L'ISERE: _____ Nom de l'allocataire: _____



Dans le cas où la Mairie des Deux Alpes ne pourrait pas consulter mes ressources via le service CAFPRO, je m'engage à fournir mon avis d'imposition. Pour les couples non mariés, merci de fournir les 2 avis d'imposition 2018.

Si ces justificatifs ne sont pas fournis, le tarif maximal sera appliqué.

Envoi des factures et documents officiels

Papier à l'adresse suivante :

Mail à :@.....

Je déclare _____ en qualité de représentant légal du/ des enfants exacts les renseignements inscrits sur le dossier «FAMILLE », avoir fourni la (les) fiche(s) sanitaire(s) de liaison , les documents obligatoires et atteste(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils périscolaires , et s'engage(nt) à le respecter et à le faire appliquer à mon (mes) enfant(s).

A..... le Signature du/des représentant(s) légal/légaux

Signature _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (une par enfant)

ENFANT : NOM : _____ PRÉNOM : _____
 GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / /

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou <u>Tétracoq</u>				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

Allergies : PAI (Plan d'Accueil Individualisé) obligatoire

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.)

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES,ETC...PRÉCISEZ.

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du service à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A..... le

Signature du/des représentant(s) légal/légaux

